

# 四種混合ワクチン(DPT- IPV)

沈降精製百日せきジフテリア破傷風  
不活化ポリオ(ソークワクチン)混合ワクチン

## 接種申込書・予診票

任意接種用

本予診票は定期接種の予診票としては使用できません。  
別途市町村等より配布されているものを使用してください。



製造販売元(資料請求先)  
**第一三共株式会社**  
東京都中央区日本橋本町3-5-1

販売提携

**サノフィ株式会社**  
東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

SANOFI PASTEUR 

## 四種混合ワクチンの予防接種をご希望の方に

四種混合ワクチンの接種を受ける際には、このワクチンの効果や副反応など注意すべき点についての説明を受けて、説明に同意したうえで、接種を受けてください。

医師が受けられる方の健康状態から接種できるかどうか判断します。そのため、予診票にはできるだけ詳しくご記入ください。

### 1. 次の方は接種を受けないでください

- ① 明らかに発熱(通常37.5℃以上)している方
- ② 重い急性疾患にかかっている方
- ③ 本剤の成分によりアナフィラキシー(重いアレルギー反応)を起こしたことがある方  
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、医師に接種を受ける前にその旨を伝えて判断を仰いでください
- ④ その他、医師に予防接種を行うことが不適当であると判断された方

### 2. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方、発育障害などの方
- ② 前に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた方
- ③ 今までにけいれんを起こしたことがある方
- ④ 過去に本人や近親者で先天性免疫不全と診断されたことのある方
- ⑤ 薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある方

### 3. このワクチンの副反応

このワクチンは、百日せき、ジフテリア、破傷風、ポリオの予防を目的に接種するワクチンです。このワクチンを接種することで、百日せき、ジフテリア、破傷風、ポリオにかかりにくくなります。

このワクチンは4回接種します。

初回接種：20日以上(標準的には56日まで)の間隔をあけて3回接種

追加接種：初回接種3回終了後6ヵ月以上(標準的には12～18ヵ月)の間隔をあけて1回接種

このワクチンの接種後に発熱、下痢などの副反応が現れることがあります。また、注射した部位の硬結が1ヵ月くらい残ることがあります。非常にまれですが、ショックやアナフィラキシー(全身のじんましん、呼吸困難など)などの重い副反応が起こることもあります。

このワクチン製造に用いる不活化ポリオワクチンは、製造過程の初期段階にウシの成分(米国、カナダ、オーストラリア産ウシ血清)を使用していますが、その後、精製工程を経て製造されています。このワクチンの製造に用いる不活化ポリオワクチンはすでに約110ヵ国(2018年8月現在)で承認されており、このワクチンが原因でTSE(伝達性海綿状脳症)にかかったという報告はありません。したがって、理論上のリスクは否定できないものの、このワクチンを接種された人がTSEにかかる危険性はほとんどないと考えられます。

また、このポリオワクチンのバルクはポリペプチド系及びアミノグリコシド系の抗生物質を使用しております。四種混合ワクチンでは検出限界以下ですが、これらの抗生物質に対してアレルギーのある方には注意が必要です。

### 4. 接種後は以下の点に注意してください

- ① 四種混合ワクチンを受けたあと30分間は、病院にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう
- ② 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう
- ③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動はさけましょう
- ④ 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください

#### 〈参考〉

#### 百日せき、ジフテリア、破傷風、ポリオについて

##### ● 百日せき

百日せきに感染した人のせきやくしゃみなどで飛び散った百日せき菌を吸い込むことで感染する病気です。乳幼児が感染すると、せきで呼吸ができず、けいれんを起こすことがあるほか、肺炎や脳症などの重い合併症を起こすこともあります。

##### ● ジフテリア

ジフテリアに感染した人のせきやくしゃみなどで飛び散ったジフテリア菌を吸い込むことで感染する病気です。のどに偽膜<sup>きまく</sup>と呼ばれる白い膜ができて窒息することもあります。菌が出す毒素によって心筋炎や神経麻痺などを起こすこともあります。

##### ● 破傷風

傷口から破傷風菌が侵入して感染する病気です。菌が出す毒素のため、けいれんなどの症状が現れ、死亡することもあります。破傷風菌は土の中にいるため、小さなお子さんは感染する機会が多く、注意が必要です。

##### ● ポリオ

ポリオウイルスが口から入ることで感染する病気です。かつては小児に多く発生したため、「小児まひ」ともよばれていました。ポリオウイルスに感染しても多くの場合、明らかな症状は出ませんが、まれに手や足に麻痺が現れ、その後遺症が一生続くこともあります。

#### 予防接種後の注意事項

接種当日は接種部位を清潔に保ち、過激な運動を避け静かに過ごしてください。接種後2週間は健康状態や副反応に留意し、何か気になる症状がある場合は、医師に連絡してください。

本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

接種予定日	月 日( )です	医療機関名
	時 分頃までにおこしてください。	

\*接種希望の方へ：  
太ワク内にご記入ください。

# 四種混合ワクチン(DPT-IPV)接種申込書・予診票

任意接種用

		診察前の体温		度	分
住所	〒	TEL ( )		-	
フリガナ		男・女	生年月日	年	月 日生
受ける人の氏名				( 歳	ヵ月)
(保護者の氏名)					

次の事項についてご記入ください。

今回の接種は	初回(1回目・2回目・3回目)・追加			
四種混合接種歴	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	
DPT三種混合接種歴	なし 1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	追加 年 月 日
ポリオ接種歴	なし (生・不活化) 年 月 日	(生・不活化) 年 月 日	(生・不活化) 年 月 日	(生・不活化) 年 月 日

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける四種混合ワクチン(DPT-IPV)の予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重( )g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があると言われたことがありますか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所( )	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 治療(投薬など)を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名( ) その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもいいと言われましたか	はい はい	いいえ いいえ	
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか( )歳頃 その時熱は出ましたか	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬名・食品名( )	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全の方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名( )	はい	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

### 医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します  
本人(もしくは保護者)に対して予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました  
医師署名または記名捺印 \_\_\_\_\_

### 保護者(本人)記入欄

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに  
(同意します・同意しません)どちらかを○で囲んでください  
保護者署名 \_\_\_\_\_

使用ワクチン名	用法・用量、接種部位	接種場所・医師名・接種日時
ワクチン名：沈降精製百日せきジフテリア破傷風 不活化ポリオ(ソークワクチン)混合ワクチン メーカー名：第一三共株式会社 製造番号：	皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右 上腕伸側部	医療機関： 医師名： 接種日時： 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

